

MẪU ỦY QUYỀN BỒI HOÀN TRỢ CẤP TẠM THỜI THUỘC CHƯƠNG TRÌNH TRỢ CẤP TIỀN MẶT CHO NGƯỜI NHẬP Cư

TÊN HỌ	SỐ AN SINH XÃ HỘI
--------	-------------------

Tôi hiểu rằng trợ cấp do ngân khoản của tiểu bang tài trợ, chương trình trợ cấp tiền mặt cho người nhập cư (CAPI), được chấp thuận hoặc cấp cho tôi, hay nhân danh tôi bởi Ty Xã Hội Hạt _____ (DPSS) sẽ được xem như là trợ cấp tạm thời nếu trợ cấp này được cấp phát trong khoảng thời gian sự hội đủ điều kiện của tôi đang được cứu xét cho việc xin hưởng cấp khoản của chương trình trợ cấp dành cho người già, người mù và người mất năng lực (SSI/SSP). (Trợ cấp được tài trợ toàn phần hay một phần bởi ngân khoản liên bang sẽ không được xem như là trợ cấp tạm thời.)

Để đáp lại khoản tiền trợ cấp tạm thời cấp cho tôi, hoặc nhân danh tôi, tôi chấp thuận cho vị đại biểu của Sở An Sinh Xã Hội (SSA) được quyền gửi cấp khoản đầu tiên thuộc bất kỳ trợ cấp nào của SSI/SSP, mà tôi có thể được xét là hội đủ điều kiện, đến cơ quan nêu trên.

Tôi cho quyền cơ quan nêu trên được giữ từ cấp khoản đó một số tiền bằng với tổng số các cấp khoản của chương trình trợ cấp CAPI mà cơ quan nêu trên và các cơ quan phụ trách về trợ cấp tạm thời khác của California đã cấp cho tôi, hoặc nhân danh tôi, nhằm đáp ứng các nhu cầu cẩn bản của tôi trước và sau ngày trên mẫu cho quyền này, nhưng được giới hạn trong thời gian hội đủ điều kiện hưởng trợ cấp SSI/SSP của tôi.

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Khởi sự xin
hoặc
<input type="checkbox"/> Sau khi
hội đủ điều kiện | bắt đầu vào tháng mà tôi được xét là hội đủ điều kiện để hưởng các cấp khoản thuộc trợ cấp SSI/SSP và chấm dứt vào tháng các cấp khoản thuộc trợ cấp SSI/SSP của tôi bắt đầu;

bắt đầu vào tháng mà các cấp khoản thuộc trợ cấp SSI/SSP của tôi được phục hồi sau một thời gian bị đình chỉ hoặc bị ngưng và chấm dứt vào tháng các cấp khoản của tôi được tiếp tục lại. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tôi hiểu rằng, sau khi số tiền nêu trên bị trừ vào các cấp khoản thuộc trợ cấp SSI/SSP của tôi, cơ quan nêu trên phải trả cho tôi số tiền còn lại, nếu có, không quá mười (10) ngày hành chánh kể từ ngày cơ quan nêu trên nhận được các cấp khoản của tôi từ Sở An Sinh Xã Hội.

Tôi hiểu rằng, nếu tôi cảm thấy số tiền bị trừ từ các cấp khoản trợ cấp SSI/SSP cấp trả bù cao hơn số tiền do cơ quan nêu trên cấp trả cho tôi từ chương trình trợ cấp CAPI, hoặc nhân danh tôi, hoặc tôi cảm thấy là cơ quan nêu trên đã không trả cho tôi phần thặng dư này trong thời hạn mười (10) ngày, tôi có quyền xin một buổi thụ lý với Nha Xã Hội Tiểu Bang. Đơn yêu cầu này phải được nộp trong vòng chín mươi (90) ngày kể từ ngày cơ quan nêu trên thông báo cho tôi về việc nhận và chi tiêu cấp khoản này.

Tôi hiểu rằng nếu tôi nộp đơn khởi sự xin hưởng các phúc lợi của trợ cấp SSI/SSP tại một văn phòng của Sở An Sinh Xã Hội trong vòng 60 ngày kể từ ngày cơ quan nêu trên nhận được mẫu có ký tên này, sự hội đủ điều kiện của tôi để hưởng các phúc lợi của trợ cấp SSI/SSP có thể bắt đầu sớm vào cùng ngày cơ quan nêu trên nhận được mẫu có ký tên này.

Tôi hiểu rằng sự ủy quyền này có hiệu lực kể từ ngày cơ quan nêu trên nhận được mẫu có ký tên này và sẽ chấm dứt hiệu lực:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Khởi sự xin
hoặc
<input type="checkbox"/> Sau khi
hội đủ điều kiện | vào cuối một (1) năm kể từ ngày cơ quan nêu trên nhận được mẫu có ký tên này, trừ khi tôi nộp đơn xin hưởng trợ cấp SSI/SSP trong cùng thời gian đó, hoặc một trong các sự kiện nêu dưới đây xảy ra sớm hơn, trong trường hợp này sự ủy quyền sẽ hết hiệu lực kể từ ngày xảy ra sự kiện sau đây:

<ul style="list-style-type: none"> • Sở SSA trả cấp khoản đầu tiên hoặc phục hồi cấp khoản theo đơn xin của tôi; • Sở SSA bác đơn xin của tôi và tôi không nộp đơn khiếu nại về quyết định đó đúng lúc; • Cơ quan nêu trên và tôi đồng ý chấm dứt sự thỏa thuận này.
vào cuối một (1) năm kể từ ngày cơ quan nêu trên nhận được mẫu có ký tên này hoặc vào cuối của thời hạn tối đa để xin duyệt xé lại sự quyết định chỉ hay ngưng các cấp khoản thuộc trợ cấp SSI/SSP của tôi, tính theo thời hạn nào lâu hơn, trừ khi tôi nộp đơn xin duyệt xé đúng thời hạn quy định, hoặc một trong các sự kiện nêu trên xảy ra trong trường hợp này sự ủy quyền sẽ hết hiệu lực kể từ ngày xảy ra sự kiện đó. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tôi khai chịu trách nhiệm về tôi khai gian trước luật pháp Hoa Kỳ và tiểu bang California rằng tin tức tôi kê khai trong mẫu này là thật, chính xác và đầy đủ.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐÚNG ĐƠN HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN	NGÀY KÝ	
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN CÓ QUAN PHỤ TRÁCH CHƯƠNG TRÌNH TRỢ CẤP TẠM THỜI	ĐIỆN THOẠI	NGÀY KÝ